

**טופס הצטרפות לביטוח בריאות וסיעוד - הטכניון**

**לביטוח הבריאות** בני משפחה של חברי ארגון הסגל האקדמי, כמוגדר בפוליסה, יידרשו במילוי הצהרת בריאות במידה והצטרפותם לביטוח הבריאות הינה לאחר תום 90 יום ממועד תחילת החברות בארגון.

**לכיסוי הסיעודי** חברי הסגל האקדמי ובני משפחותיהם, כמוגדר בפוליסה, יידרשו במילוי הצהרת בריאות במידה ולא צורפו לביטוח הסיעודי בתוך 60 יום ממועד תחילת חברותם בארגון, וכן במקרה שהחבר או בני משפחתו מבקשים להרחיב את הכיסוי הסיעודי ליחידת פיצוי נוספת ו/או לכל החיים.

**יודגש כי להרחבת הכיסוי הסיעודי לתשלום גמלת סיעוד לכל חיי המבוטח הסיעודי יש למלא הצהרת בריאות בכל עת על ידי כל המועמדים לביטוח (חברים ובני המשפחה).**

**פרטי חבר הסגל האקדמי**

שם פרטי			שם משפחה																	
נ	/	ז																		
מין		משקל	גובה		ת. לידה		ת. זהות													
טלפון נייד		טלפון		כתובת																

הנני מעוניין להצטרף לביטוח הסיעודי הקבוצתי כמפורט בנספח ח' בפוליסה, כמפורט להלן:

יחידת פיצוי של 5,000 ₪ ל-5 שנים  יחידת פיצוי נוספת של 5,000 ₪ ל-5 שנים  הרחבת תשלום גמלת הסיעוד לכל חיי המבוטח

**בן/בת זוג של חבר הסגל האקדמי**

שם בן/בת הזוג		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל		מין	

הנני מעוניין לצרף את בן/בת זוגי לביטוח הבריאות הקבוצתי.

הנני מעוניין לצרף את בן/בת זוגי לביטוח הסיעודי הקבוצתי כמפורט בנספח ח' בפוליסה, כמפורט להלן:

יחידת פיצוי של 5,000 ₪ ל-5 שנים  יחידת פיצוי נוספת של 5,000 ₪ ל-5 שנים  הרחבת תשלום גמלת הסיעוד לכל חיי המבוטח

**ילדי/נכדי חבר הסגל האקדמי**

שם הילד/נכד		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל		מין	
.1											
.2											
.3											

הנני מעוניין לצרף את ילדי/נכדי לביטוח הבריאות הקבוצתי.

הנני מעוניין לצרף את ילדי/נכדי מעל גיל 18 לביטוח הסיעודי הקבוצתי כמפורט בנספח ח' בפוליסה, כמפורט להלן:

יחידת פיצוי של 5,000 ₪ ל-5 שנים  יחידת פיצוי נוספת של 5,000 ₪ ל-5 שנים  הרחבת תשלום גמלת הסיעוד לכל חיי המבוטח

**בן/בת זוג של ילדי חבר הסגל האקדמי**

שם בן/בת הזוג		ת. זהות		ת. לידה		גובה		משקל		מין	
.1											
.2											

הנני מעוניין לצרף את בני זוגם של ילדי לביטוח הבריאות הקבוצתי.

הנני מעוניין לצרף את בני זוגם של ילדי מעל גיל 18 לביטוח הסיעודי הקבוצתי כמפורט בנספח ח' בפוליסה, כמפורט להלן:

יחידת פיצוי של 5,000 ₪ ל-5 שנים  יחידת פיצוי נוספת של 5,000 ₪ ל-5 שנים  הרחבת תשלום גמלת הסיעוד לכל חיי המבוטח

_____	<b>תאריך</b>	_____	<b>חתימת העובד</b>
_____	<b>תאריך</b>	_____	<b>חתימת בן/בת זוג</b>
_____	<b>תאריך</b>	_____	<b>חתימת הילדים מעל גיל 18</b>
_____	<b>תאריך</b>	_____	<b>חתימת הילדים מעל גיל 18</b>
_____	<b>תאריך</b>	_____	<b>חתימת הילדים מעל גיל 18</b>

## הצהרת המועמדים לביטוח

הצהרת הבריאות חלה על כל אחד מהמועמדים לביטוח. אם אחת או יותר מהתשובות חיובית, נא לציין במי מדובר ולצרף מסמכים רפואיים עדכניים על מנת לאפשר חיתום מהיר. (אם חסר מקום לפירוט הבעיות הרפואיות, יש לפרט בדף נוסף ולצרף לטופס זה)

ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/ת זוג		האם יש או היו למישהו מבין המועמדים לביטוח מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, כדלהלן:
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
								1. מחלות מערכת העצבים והמוח: לרבות אירוע מוחי, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, הפרעות נפשיות, שיתוק, סחרחורות, התעלפויות, טרשת נפוצה, ירידה בזיכרון.
								2. מחלת ריאות.
								3. מחלות לב וכלי דם: לרבות התקף לב, כאבים בחזה, הפרעות בקצב הלב, אי ספיקת לב, פגם במסתמי הלב, יתר לחץ דם.
								4. מחלות דרכי העיכול; מחלת כבד, צהבת, הפטיטיס, מחלה כרונית או דימום במערכת העיכול, מחלת טחול או לבלב.
								5. מחלות כליות ודרכי השתן: לרבות דם, חלבון או סוכר בשתן.
								6. מחלות חילוף חומרים ומערכת החיסון: לרבות סוכרת, אנמיה (חוסר דם), שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים) בדם, בעיות בקרישת דם, איידס.
								7. מחלות ממאירות: מחלה ממארת (סרטן).
								8. מחלות מערכת השלד והשרירים: לרבות אוסטיאופורוזיס, מחלות פרקים, עצמות או שירים, מחלות או ליקויים בעמוד השדרה, פריצת דיסק, מפרק ירך, ברך, קרסול, קטיעה.
								9. מחלות עיניים, אוזניים, נשימה: לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה ניכר, ליקויי שמיעה, דום נשימה בשינה.
								10. מומים ונכויות: לרבות מום מולד או תאונתי, נכות ו/או גמלה מביטוח לאומי?
								11. האם בוצעו כל החיסונים על פי דרישת משרד הבריאות?
								12. תרופות וטיפולים: האם הינך נוטל/ת ו/או נטלת תרופות ו/או מקבל/ת ו/או קיבלת טיפול רפואי?
								13. האם את/ה מוגבל/ת בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתרחץ, ללכת ולתפקד ללא עזרה? הטם סבלת או הינך סובל/ת מתשישות נפש או אלצהיימר? האם את/ה מקבל/ת ו/או קיבלת בעבר גמלת סיעוד מביטוח לאומי?
								14. אשפוזים וניתוחים: האם אושפזת ו/או נותחת או הומלץ לך לעבור ניתוח?
								15. בדיקות: האם עברת בדיקות (פרט לשגרתיות) לרבות בדיקות לגילוי סרטן, מיפוי לב, צנתור, MRI CT, ביופסיה?
								16. הרגלי עישון: האם הינך מעשן? אם כן, _____ סיגריות ליום במשך _____ שנים.
								17. האם הינך צורך/ת אלכוהול או צרכת בעבר? _____
								18. האם הינך צורך/ת סמים או צרכת בעבר? _____

פירוט:

---



---



---

_____	חתימת העובד	_____	תאריך
_____	חתימת בן/בת זוג	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך

**הצהרות**

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה מקרי ביטוח הנובעים ממצב רפואי קודם בכפוף לתנאים וסייגים של ביטוח זה.

**הצהרת ויתור על סודיות רפואית:**

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ומוסדותיה הרפואיים או סניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, בתי החולים והמוסד לביטוח לאומי ולשלטונות צה"ל למסור ל"כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש" על מצב בריאותי או של ילדי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, אני או ילדי, ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי, כנ"ל שלי או של ילדי, ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת בא"י כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.

_____	חתימת העובד	_____	תאריך
_____	חתימת בן/בת זוג	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך
_____	חתימת הילדים מעל גיל 18	_____	תאריך

### הוראה לניכוי דמי הביטוח מהמשכורת

הנני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש את הפרמיות בגין הביטוח הרפואי כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו.

הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכם בהסכם שבין "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" לבין "ארגון הסגל האקדמי הבכיר של הטכניון".

שם משפחה	שם פרטי	ת. זהות	חתימה